



Quels sont les critères de choix du médecin traitant par les patients ? Étude qualitative auprès de vingt patients du canton de Fayence

Natalia Koreneva-Castaigne

► To cite this version:

Natalia Koreneva-Castaigne. Quels sont les critères de choix du médecin traitant par les patients ? Étude qualitative auprès de vingt patients du canton de Fayence. Médecine humaine et pathologie. 2015. <dumas-01266920>

HAL Id: dumas-01266920

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01266920>

Submitted on 3 Feb 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS
FACULTÉ DE MÉDECINE
ANNÉE 2015-2016

Thèse
Pour l'obtention du Diplôme d'État de
Docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le 19 novembre 2015
Par Natalia KORENEVA-CASTAIGNE
Née le 25 Mai 1981 à Tchita (Russie)

**Quels sont les critères de choix du médecin
traitant par les patients ?**

Étude qualitative auprès de 20 patients du canton de Fayence

Président du jury :

Monsieur le Professeur Jean-Baptiste SAUTRON

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jean-Gabriel FUZIBET

Monsieur le Professeur Gilles GARDON

Monsieur le Docteur Alexandre BELO

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Philippe MATHIEU

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er septembre 2015** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

M. BAQUÉ Patrick

Vice-Doyen

M. BOILEAU Pascal

Assesseurs

M. ESNAULT Vincent
M. CARLES Michel
Mme BREUIL Véronique
M. MARTY Pierre

Conservateur de la bibliothèque

Mme DE LEMOS Annelyse

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. AYRAUD Noël
M. RAMPAL Patrick
M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel
M. BATT Michel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CAMOUS Jean-Pierre
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
M. DARCOURT Guy
M. DELLAMONICA Pierre
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DOLISI Claude
M. FRANCO Alain
M. FREYCHET Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. HARTER Michel
M. INGLESAKIS Jean-André
M. LALANNE Claude-Michel
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude

M. LE BAS Pierre
M. LE FICHOUX Yves
Mme LEBRETON Elisabeth
M. LOUBIERE Robert
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. OLLIER Amédée
M. ORTONNE Jean-Paul
M. SAUTRON Jean Baptiste
M. SCHNEIDER Maurice
M. SERRES Jean-Jacques
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
 M. BASTERIS Bernard
 Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
 Mme DONZEAU Michèle
 M. EMILIOZZI Roméo
 M. FRANKEN Philippe
 M. GASTAUD Marcel
 M. GIRARD-PIPAU Fernand
 M. GIUDICELLI Jean
 M. MAGNÉ Jacques Mme
 MEMRAN Nadine M.
 MENGUAL Raymond M.
 POIRÉE Jean-Claude
 Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	M.ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TRAN Albert	Hépto Gastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE (suite)

M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
----	-------------------	-------------------

PROFESSEUR AGRÉGÉ

Mme	LANDI Rebecca	Anglais
Mme	ROSE	Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M	COYNE John	Anatomie et Cytologie (42.03)
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	PACZESNY Sophie	Hématologie (47.01)
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale
M.	DARMON David	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Sautron,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury ; je vous remercie pour vos conseils lors de mon stage en autonomie dans votre cabinet. Recevez l'expression de mon profond respect et de ma gratitude.

Monsieur le Professeur Fuzibet,

Vous avez accepté de siéger dans ce jury. Je vous prie d'accepter mes remerciements les plus sincères.

Monsieur le Professeur Gardon,

Merci d'avoir accepté de juger mon travail, et de m'avoir fait part de votre savoir durant mes GEASP.

Monsieur le Docteur Mathieu,

Je vous remercie de participer à ce jury. J'ai beaucoup appris auprès de vous pendant six mois. Je ne sais pas si je serais capable de faire autant de gestes techniques que vous au cabinet. Tout simplement un grand merci.

Monsieur le Docteur Belo,

Un grand merci pour votre participation à ce jury et pour votre expérience que vous me faites partager.

Merci aux médecins qui m'ont guidé tout au long de mon parcours.

A mon mari, merci pour ta patience... tout d'abord les stages où on ne débauche pas toujours à des heures acceptables... et maintenant la thèse... mais enfin, on n'en voit le bout...

Un grand Merci pour ce petit trésor qui illumine notre vie, notre petit Alexey mon petit homme... A vous deux, vous me comblez de bonheur !

À ma mère, ma sœur et sa petite famille, et ma belle famille qui ont permis que tout cela puisse se réaliser.

Merci à mes co-internes et à toutes les personnes rencontrées lors de ce si beau parcours, vous m'avez tellement apporté.

Aux 20 patients que j'ai rencontré en entretien, merci pour votre sincérité et votre disponibilité.

SOMMAIRE

LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	10
INTRODUCTION.....	11
1. MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	14
1.1. Le type de recherche.....	15
1.2. Le type d'enquête.....	16
1.3. Bibliographie et travail préparatoire.....	17
1.3.1. La recherche documentaire.....	17
1.3.2. Les réunions préparatoires.....	17
1.4. Les critères de sélection de la population concernée.....	18
1.5. L'élaboration du guide d'entretien.....	18
1.5.1. La définition des entretiens semi-dirigés.....	18
1.5.2. Le questionnaire.....	19
1.6. Le recrutement des patients.....	20
1.7. Organisation des entretiens avec les patients.....	21
2. RÉSULTATS.....	22
2.1. Les caractéristiques de la population étudiée.....	23
2.2. Analyse des données.....	26
2.2.1. Les compétences et les diplômes.....	27
2.2.2. La personnalité et le contact.....	28
2.2.3. La géographie.....	28
2.2.4. La disponibilité.....	29
2.2.5. L'orientation vers les autres spécialistes et les examens complémentaires.....	30
2.2.6. Le conseil d'un professionnel de santé ou de la famille.....	30
2.2.7. La durée de consultation appréciée différemment.....	31
2.2.8. L'écoute.....	32
2.2.9. L'annuaire et le hasard.....	33

2.2.10. Le cabinet de groupe, les médecins associés.....	33
2.2.11. L'absence de choix.....	34
2.2.12. Les paroles inappropriées.....	34
2.2.13. Le sexe du médecin.....	35
2.2.14. L'hygiène et la propreté.....	35
3. DISCUSSION.....	36
3.1. Le résultat principal.....	37
3.2. Les points forts et les originalités.....	37
3.3. Les biais et les difficultés de l'étude.....	39
3.4. Comparaison de nos résultats avec ceux d'autres études.....	40
3.5. Les intérêts de notre travail.....	52
3.6. L'orientation vers de nouveaux travaux de recherche.....	53
CONCLUSION.....	54
BIBLIOGRAPHIE.....	56
ANNEXES.....	58
ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN.....	58
ANNEXE II : FIGURES ET TABLEAUX.....	60
ANNEXE III : SERMENT D'HIPPOCRATE.....	64

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ALD : Affection Longue Durée.

AME : Aide Médicale d'État.

ARS : Agence Régionale de Santé.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

CMU : Couverture Maladie Universelle.

DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires.

DMG : Département de Médecine Générale.

DU : Diplôme universitaire.

INV : Invalidité.

MT : Médecin Traitant.

PU-PH : Professeur des Universités – Praticien Hospitalier.

SASPAS : Stage Ambulatoire de Soins Primaires en Autonomie Supervisée (stage niveau III).

UFR : Unité de Formation et de Recherche.

Introduction

Notre système de santé est basé sur l'assurance maladie dont le financement est assuré par les salariés et les entreprises. Toute personne a le droit à une couverture santé même les non cotisants en tant qu'ayant droit ou par l'intermédiaire de la Couverture Maladie Universelle (CMU). Ce régime obligatoire peut être complété par des mutuelles privées.

Notre système de santé nous laisse donc le choix entre une offre de soins publique ou privée. Nous avons le libre choix de nos professionnels de santé et de celui de nos médecins.

Les malades peuvent donc jouir de tous leurs droits. Mais ces derniers sont un peu plus encadrés depuis la réforme de l'assurance maladie du 17 août 2004. Elle instaure le parcours de soins ainsi que le choix par chaque assuré d'un médecin traitant si il veut conserver le niveau maximum de remboursement par les régimes obligatoires.

Le choix du médecin traitant est libre, que celui ci soit spécialiste en médecine générale ou d'une autre spécialité.

Le patient doit réfléchir aux éléments à prendre en compte pour désigner son médecin traitant.

Le médecin traitant coordonne les soins de son patient et notamment l'oriente vers d'autres spécialistes lorsque cela est nécessaire.

La réforme de 2004, montre la volonté politique de placer le médecin traitant au cœur du système de soins. La Caisse Primaire d'Assurance Maladie a adressé un courrier aux assurés en avril 2007 leur expliquant qu'ils devaient en priorité consulter leur médecin traitant car cela permettait d'être mieux soigné, mieux suivi et mieux remboursé.

La mise en place d'un médecin traitant avait pour objectifs la qualité, la continuité des soins, la prévention et l'amélioration des conditions d'accès aux soins. L'ensemble devant aboutir à une optimisation des dépenses de santé.

Le projet de cette thèse est né lors de ma deuxième année d'internat. Ce sujet est un complément à mon projet professionnel qui est l'installation en libéral dans le canton de

Fayence. Afin de continuer à parfaire ma formation et ma réflexion, j'ai pu choisir d'effectuer mon dernier semestre en Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé (SASPAS) dans trois cabinets localisés dans la région où je souhaite m'installer.

Ce travail de recherche sur les critères de choix d'un médecin traitant a pour but d'aider les jeunes praticiens libéraux à mieux appréhender les attentes de leurs futurs patients. Ce travail peut également rendre service à ceux déjà installés.

La pratique médicale et ses conditions technologiques et administratives ont beaucoup évolué. Avant la loi du 13 août 2004, la déclaration d'un médecin traitant n'existait pas et donc la problématique ne se posait pas.

Durant ma réflexion sur le choix de l'installation, je me suis posée la question suivante : « Quels sont les critères de choix du médecin traitant par les patients ? ».

Dans notre recherche documentaire préalable, nous avons trouvé des études quantitatives sur la satisfaction des patients vis-à-vis de leur médecin traitant. Peu d'études ont été consacrées aux critères de choix du médecin traitant ainsi qu'au ressenti des patients sur les modalités de ce choix.

L'objectif principal de notre étude est de recueillir les critères de choix du médecin traitant par les patients.

Les objectifs secondaires sont :

- De mettre en évidence l'existence d'un critère important qui orienterait les patients dans le choix de leur médecin traitant.
- De chercher à déterminer les causes de changement du médecin traitant.

Matériel et méthode

1.1. Le type de recherche.

Le type de recherche qui s'est imposé à nous était l'étude qualitative. Découverte dans les années 1920¹, cette dernière nous a paru plus adaptée que la recherche quantitative du fait que les facteurs sont subjectifs et difficiles à mesurer dans le cadre des relations de soins.

L'étude qualitative suit une démarche bien codifiée telle que nous pouvons la voir dans le schéma de Paul Van Royen ci-dessous.

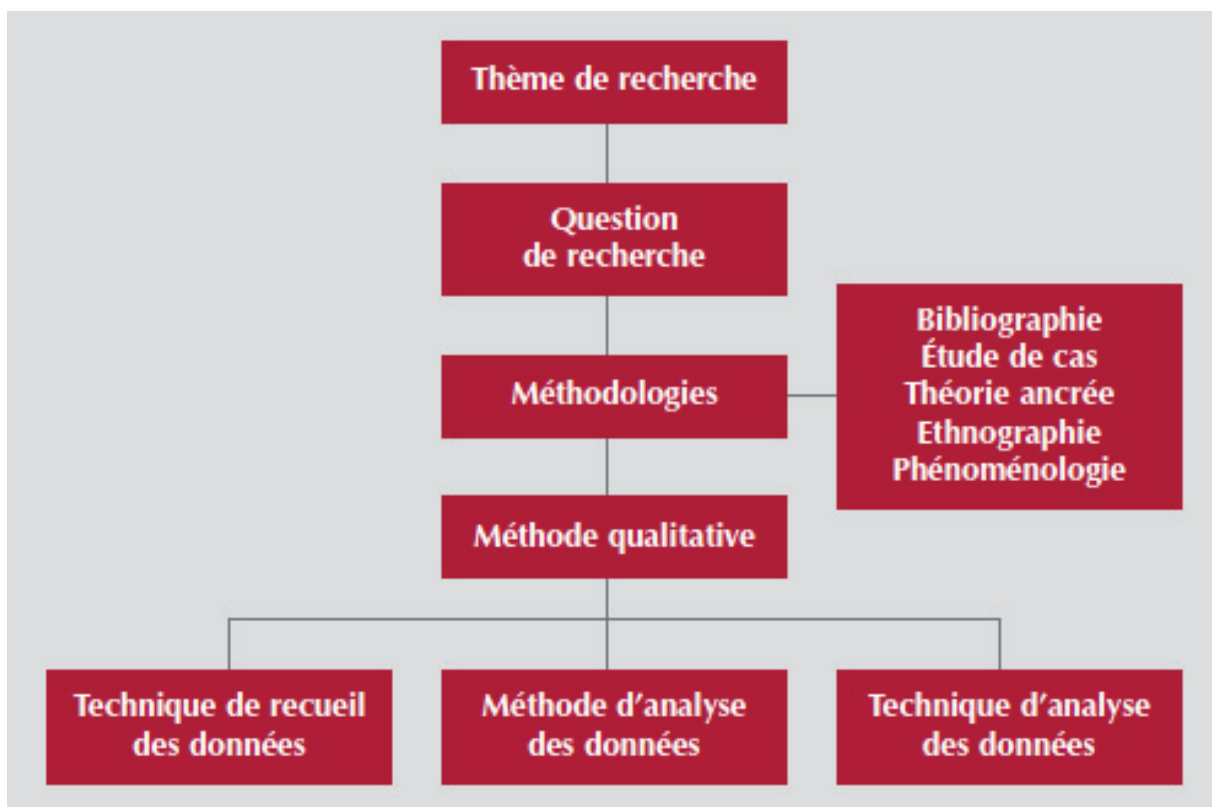


Figure 1 Démarche qualitative d'après Paul Van Royen et al.

1 - VAN ROYEN P. Cours d'introduction à la recherche qualitative. Institut médecine tropicale de Bruxelles, décembre 2007.

1.2. Le type d'enquête.

La méthodologie choisie est celle de l'enquête qualitative par entretiens semi-dirigés, afin de recueillir sur le terrain par un questionnaire ouvert et évolutif les modalités de choix d'un médecin traitant.

Le guide d'entretien, qui permet d'orienter l'interview, est constitué de questions ouvertes, les plus neutres possible, afin de laisser libre le discours de l'interrogé. Il est évolutif pour tenir compte des nouvelles données au fur et à mesure qu'elles apparaissent.

Un schéma ci-dessous récapitule notre cheminement dans le recueil des données jusqu'à leur interprétation finale.

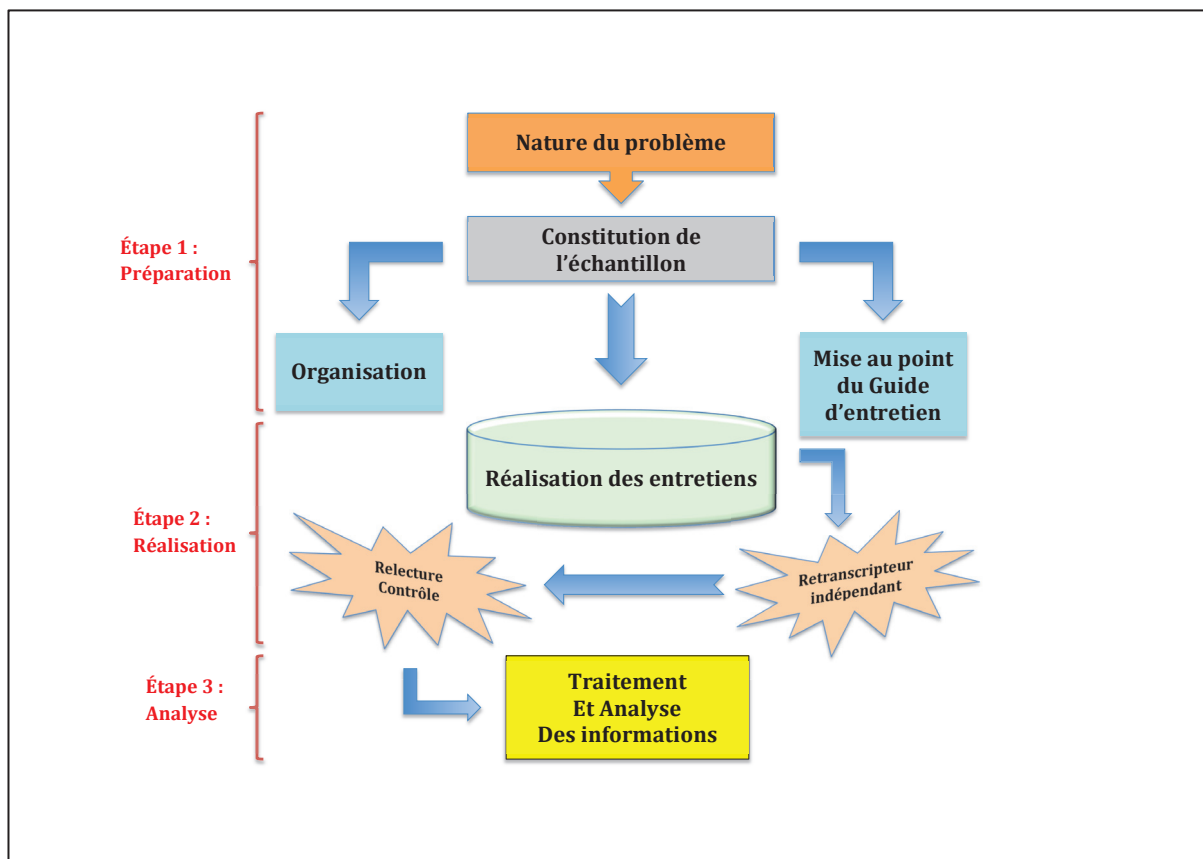


Figure 2 : Cheminement de l'étude

1.3. Bibliographie et travail préparatoire.

1.3.1. La recherche documentaire.

Elle s'est faite de trois façons :

- Par utilisation de moteurs de recherches documentaires : Doc'CiSMeF®, Google®, Google scholar® et Pubmed®.
- Par recherche de proche en proche (arborescence) : en utilisant la bibliographie des documents consultés.
- Par lecture de revues médicales, notamment : Prescrire, Exercer.

Une première recherche bibliographique a été effectuée avec les mots clés suivants : médecin traitant, praticien, critère, choix, patient.

Une seconde recherche bibliographique a été réalisée sur la recherche qualitative avec les mêmes outils de recherche avec les mots clés suivant : recherche, étude, fiabilité, qualitative, entretiens.

1.3.2. Les réunions préparatoires.

Une première ébauche de questionnaire a été réalisée avec le Directeur de thèse. Celle-ci a été soumise à la cellule thèse du DERMG puis a été présentée en cellule qualitative. Le guide d'entretien a été finalisé à la suite de cette réunion.

Suite à cette rencontre, nous avons décidé d'utiliser le logiciel NVIVO® afin d'exploiter au mieux les résultats de notre étude. Nous avons suivi la formation en ligne proposée par l'éditeur du logiciel afin de pouvoir analyser les données retranscrites.

Il permet d'extraire les éléments cités en nous les projetant sous forme d'un nuage. La taille et la place du mot dans le nuage reflètent son importance par rapport aux autres éléments lors des interviews.

1.4. Les critères de sélection de la population concernée.

Nous avons choisi le bassin de population du canton de Fayence. Ce choix a été fait suite à :

- ➔ Mon choix de stage SASPAS qui s'est porté sur un trio de médecins basés à Mandelieu-La-Napoule (06), Callian (83) et Bagnols-En-Forêt (83).
- ➔ Mon futur choix d'installation sur Callian (83).

Le recrutement s'est fait sur la base du volontariat parmi la clientèle des pharmacies du canton de Fayence, qui sont des lieux de passage important, entre avril et août 2015.

La population étudiée n'a pas fait l'objet d'une sélection sur des critères particuliers.

Il n'y avait qu'un seul critère d'exclusion, les personnes de moins de 18 ans. Les mineurs ne sont pas pris en compte car ils n'ont pas l'obligation de choisir un médecin traitant avant 16 ans. Entre 16 et 18 ans ce sont les parents ou le tuteur légal qui effectuent ce choix.

1.5. L'élaboration du guide d'entretien.

1.5.1. La définition des entretiens semi-dirigés.

Il s'agit d'une technique d'enquête qualitative permettant d'orienter en partie (d'où le terme semi-dirigé) le discours des personnes interrogées autour d'un ou plusieurs thèmes. Ceux-ci sont définis à l'avance par les auteurs de la recherche dans un guide d'entretien. Ils apportent une très grande diversité d'informations du fait qu'ils permettent la relance et les interactions dans la communication avec les personnes interviewées

1.5.2. Le questionnaire.

Lors de notre première approche dans la réalisation du questionnaire, nous nous sommes appuyés sur divers travaux autour de ce thème.^{2,3,4,5,6,7,8}

Nous souhaitons partir sur des questions ouvertes afin de recueillir le maximum de données en laissant le maximum de champ de réponse au patient.

Ce guide a été rédigé en deux parties afin de séparer les caractéristiques du patient (âge, sexe, activité (voir tableau 1), des informations qualitatives concernant notre question de recherche.

2 - Dr BEZ N. Présidente du Collège des Généraliste, Dr CARON J., Dr CAUSSE J-R., Dr CREPSY O., Dr ENRIONE-THORRAND J-P., Dr GROS P., Dr MOKODOBSKI S., Dr PERRIN G., Dr RECHE M., Dr TELMON J-P. Enquête de perception sur le rôle du médecin traitant et Étude d'observation sur les diverses activités des médecins généralistes. Une étude de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes. Septembre 2010.

3 - BRISPOT, Lydia. Les patients choisissent-ils leur médecin traitant femme en raison de son genre ? Étude quantitative en Midi-Pyrénées. Université de Toulouse III Paul Sabatier. Faculté de médecine Toulouse – Purpan. 2013.

4 - FEUILLET, Anaïs. Pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste? Enquête qualitative auprès de patients d'Eure-et-Loir. Université François Rabelais. Faculté de Médecine de Tours. 2013.

5 - BELLEGOT, Sébastien. Quels sont les critères de choix du médecin traitant dans le Grand Paris. Université Paris Diderot – Paris VII. Faculté de Médecine. 2007.

6 - MULLER-COLLE F. La rupture de la relation médecin – malade, pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste ? Faculté de Nancy. Faculté de Médecine. 1997.

7 - DA SILVA, Mélanie. Quelles sont les attentes et le ressenti des proches du médecin généraliste ? Étude qualitative auprès de 12 patients des Alpes Maritimes. Université de Nice Sophia Antipolis. Faculté de Médecine. 2014.

8 - MERIT, Brice. Les principaux critères de choix du médecin traitant en 2014 : une étude transversale descriptive auprès de patients de médecine générale en Vendée. Université d'Angers. Faculté de Médecine. 2014.

Par la suite, nous avons pu échanger avec la cellule de recherche qualitative de la faculté de médecine de Nice. Lors de cette réunion, plusieurs points auxquels nous n'avions pas pensé ont été soulevés.

En premier lieu si nous nous étions bien posés la question des caractéristiques de la population dans le sens : « a-t-on bien toutes les personnes qui ont quelque chose à dire ? ». Nous avons envisagé l'exclusion des patients sans médecin traitant. Mais grâce à la réunion avec la cellule qualitative ce critère d'exclusion n'a pas été retenu car l'opinion de ces patients se révélait également intéressante.

1.6. Le recrutement des patients.

Notre étude est effectuée dans le canton de Fayence dans le Var (83), qui est une zone semi-rurale.

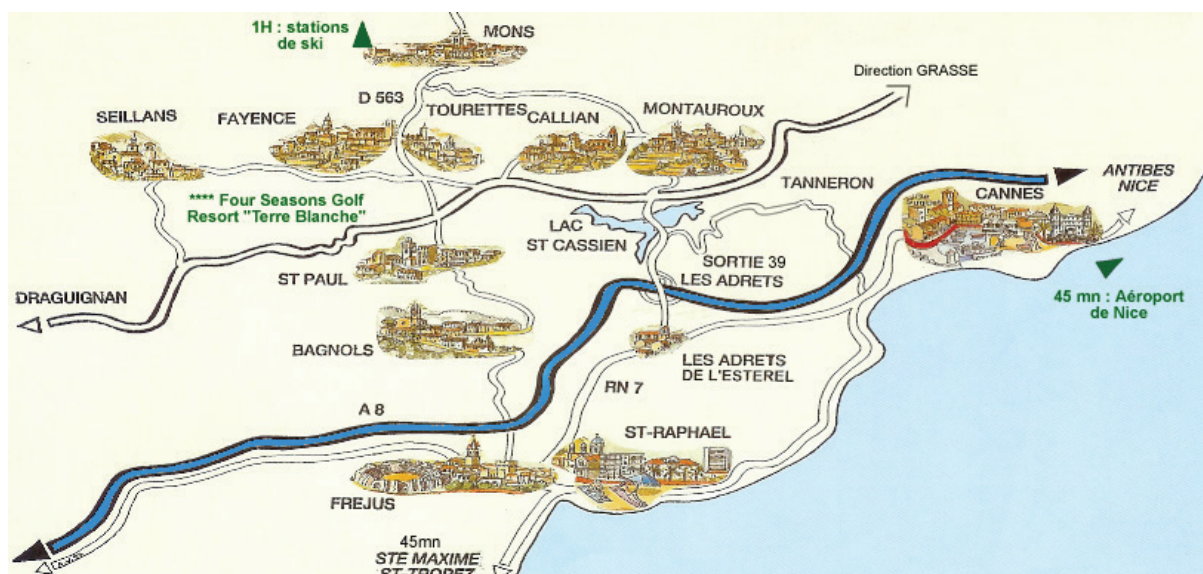


Figure 3 : Plan du canton de Fayence

Lors de l'entretien le patient devait être dans un lieu neutre permettant l'exclusion de toute influence. Nous avons privilégié les pharmacies. Ce sont des lieux de santé dans lesquels les patients peuvent parler plus librement que dans des cabinets médicaux.

Suite à nos démarches, trois points de recueils furent établis. Sur chaque site le responsable de la pharmacie a mis à notre disposition une pièce au calme afin de recueillir en toute confidentialité les propos des interviewés.

1.7. Organisation des entretiens avec les patients.

Les entretiens se déroulaient sur un mode conversationnel sans prise de note afin d'instaurer une ambiance de confiance et ainsi favoriser la discussion.

Avant chaque entretien, l'interviewer s'est présenté en expliquant qui il était et quel était le but de l'entretien. Le patient était informé qu'il s'agissait d'un travail de recherche dans le but de rédiger une thèse.

Les entretiens étaient enregistrés sur IPHONE 6® afin de retranscrire ensuite mot à mot ce que le patient avait dit, avec ajout d'indices relevés de la communication non verbale. Nous avons laissé les patients parler, librement, le plus possible de leur expérience en n'intervenant que par des questions de relance.

Lors des entretiens nos questions et notre attitude se sont voulues les plus neutres possible pour ne pas influencer les réponses.

Les entretiens ont été retranscrits par un tiers à partir des enregistrements le plus rapidement possible. Par la suite nous avons effectué l'extraction des éléments relatifs à notre sujet.

Le recueil d'informations s'est fait jusqu'à saturation des données. La saturation des données a été obtenue au bout de dix-huit entretiens et nous avons réalisé deux entretiens de plus.

L'anonymat a été respecté en effectuant un classement par entretiens numérotés sans référence dans le dossier aux noms des patients ni de leurs médecins traitants.

Les entretiens ont été sauvegardés sur ordinateur puis reproduits in extenso grâce au logiciel WORD®.

Résultats

2.1. Les caractéristiques de la population étudiée.

Vingt patients ont accepté de participer à l'entretien. Leurs caractéristiques sont présentées dans le tableau ci-dessous.

	Sexe	Âge	Activité	Distance MT	ALD / INV	Au bout ?	Depuis	Habitation
Patient 1	H	24	Actif	7-8 km	N	5 RDV	7-8 ans	Peymeinade
Patient 2	F	57	Actif	500 m	ALD / INV	Ne sait plus	Ne sait plus	Callian
Patient 3	F	75	Retraité	7 km	ALD	De suite	15 ans	Callian
Patient 4	H	77	Retraité	2 km	N	De suite	2,5 ans	Callian
Patient 5	H	77	Retraité	50 m	ALD	De suite	15 ans	Callian
Patient 6	F	82	Retraité	50 m	ALD	De suite	15 ans	Callian
Patient 7	F	28	Actif	6 km	N	De suite	7 ans	Seillans
Patient 8	H	52	Actif	15 km	N	3 RDV	2 ans	Montauroux
Patient 9	F	55	Actif	50 m	ALD	De suite	26 ans	Callian
Patient 10	H	28	Actif	10 km	N	De suite	1 an	Fayence
Patient 11	H	74	Retraité	3 km	N	De suite	26 ans	Callian
Patient 12	F	53	Actif	50 m	ALD / INV	De suite	3 ans	Montauroux
Patient 13	F	40	Actif	15 km	N	6 mois	4 ans	Tourrettes
Patient 14	F	66	Retraité	2 km	N	Plusieurs RDV	2 ans	Montauroux
Patient 15	F	47	Actif	1 km 100 m	N	30 RDV	25 ans	Luxeuil-Les-Bains / Montauroux
Patient 16	H	63	Actif	500 m	N	De suite	30 ans	Fayence
Patient 17	H	57	Actif	1 km	ALD	De suite	2 ans	Tourrettes
Patient 18	H	74	Retraité	1 km	N	De suite	20 ans	Fayence
Patient 19	F	66	Actif	5,5 km	N	De suite	1 an	Seillans
Patient 20	H	31	Actif	0	N	0	0	Callian

Tableau 1 : récapitulatif des caractéristiques des patients interrogés

Lors de nos entretiens nous avons obtenu une répartition équilibrée entre les hommes et les femmes, même si nous ne l'avons pas recherché.

La répartition des tranches d'âge va de 24 à 82 ans. Elle est représentée ci-dessous dans la figure 5.

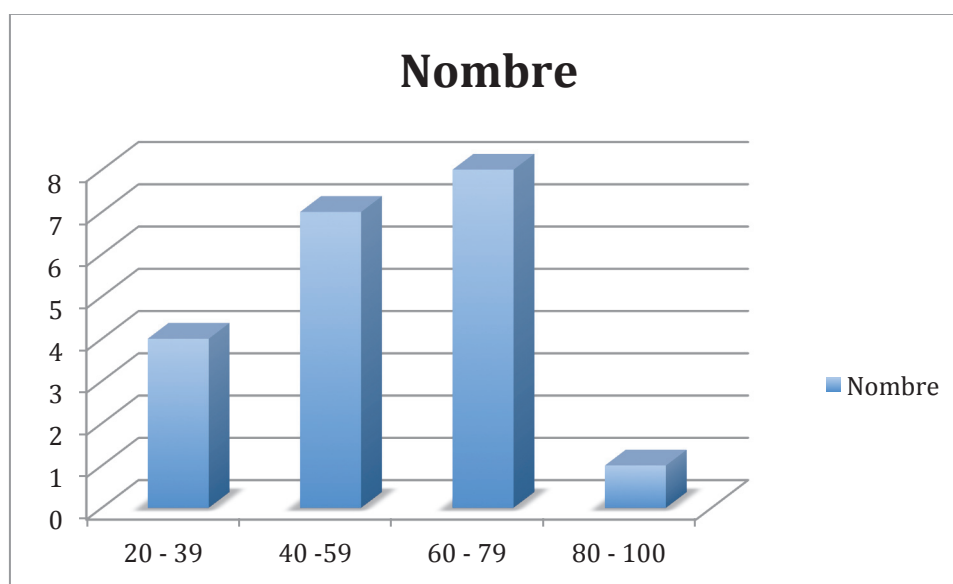


Figure 4 : répartition par tranches d'âges des patients interrogés.

Les distances notées entre l'habitation des patients et les cabinets de leur médecin traitant vont de 50 mètres à 15 kilomètres.

Les patients recrutés sont suivis par le même médecin depuis 1 an à 30 ans.

Il est à noter que notre étude comporte deux patients particuliers :

- ➔ La patiente 15 qui réside principalement hors du canton à Luxeuil-Les-Bains.
- ➔ Le patient 20 qui n'a pas de médecin traitant.

Les entretiens et leurs durées :

Entretien	Date de L'entretien	Durée de L'entretien	Entretien	Date de L'entretien	Durée de L'entretien
Patient 1	19/05/15	6 minutes 35	Patient 11	21/07/15	9 minutes 33
Patient 2	21/07/15	7 minutes 32	Patient 12	24/07/15	18 minutes 17
Patient 3	19/05/15	11 minutes 40	Patient 13	24/07/15	4 minutes 29
Patient 4	19/05/15	6 minutes 57	Patient 14	24/07/15	11 minutes 36
Patient 5	21/07/15	20 minutes 26	Patient 15	24/07/15	15 minutes 04
Patient 6	21/07/15		Patient 16	11/08/15	8 minutes 23
Patient 7	16/06/15	11 minutes 28	Patient 17	11/08/15	19 minutes 53
Patient 8	16/06/15	20 minutes 53	Patient 18	11/08/15	9 minutes 50
Patient 9	18/06/15	24 minutes 10	Patient 19	11/08/15	12 minutes 21
Patient 10	18/06/15	12 minutes 50	Patient 20	13/08/15	3 minutes 20

Tableau 2 : Dates et durées des entretiens.

2.2. Analyse des données.

Nous ne sommes pas partis d'une liste de critères préétablis. Les différents éléments de choix du médecin traitant sont ressortis tout au long de nos entretiens.

Les critères les plus souvent cités sont :

- Les compétences.
- La personnalité et le contact.
- La proximité géographique.
- La disponibilité.
- La confiance.
- L'orientation.
- Le conseil.
- L'écoute et la durée de consultation.

Les critères peu fréquemment cités sont :

Le hasard ou le choix dans l'annuaire, le cabinet de groupe, en fonction des horaires, l'âge du médecin, le déplacement à domicile, l'accessibilité, l'hygiène - propreté, la qualité de la consultation et le sexe du médecin.

Les éléments négatifs cités sont : l'attente trop longue, l'erreur médicale, le retard de diagnostic et les paroles inappropriées.

2.2.1. Les compétences et les diplômes.

Patient 1 : « Je l'ai trouvé compétent, il m'a inspiré confiance. En premier je veux qu'il soit compétent personnellement. »

Patient 5 : « Jusqu'à aujourd'hui ... il ne s'est jamais trompé. »

La patiente 2 étant cardiaque, elle a choisi son MT du fait de ses compétences : « j'ai eu besoin d'un médecin urgentiste parce que je me suis retrouvée à devoir aller en cardiologie ».

La Patiente 3 a choisi son médecin généraliste : « parce qu'elle faisait un peu de gynécologie ... mais aussi de l'homéopathie léger léger ».

La notion d'un médecin généraliste avec des compétences supplémentaires revient assez souvent. Dans ce cas le médecin n'est pas toujours celui déclaré comme médecin traitant, les patients le consultent en parallèle même si il faut se déplacer plus loin.

Patiente 7 : « un médecin ... pour mon fils, un pédiatre, et qui est sur St Raphaël que je suivrai aussi car il est homéopathe, psychiatre... ».

Patiente 19 : « je me suis toujours soignée par homéopathie ... déjà les médicaments (homéopathiques) si ils ne vous font pas du bien ils ne vous font pas de mal... ».

Le Patient 10 souligne « le fait d'être infirmier, de voir un petit peu plus le côté médical, et le fait de plus rester qu'au côté géographique et de plutôt aller voir quelqu'un qui me semble plus euh ... plus formant. Enfin plus performant ... Plus professionnel. »

L'importance des compétences et des diplômes complémentaires est encore plus présente chez le patient professionnel de santé.

Pour le Patient 8 tous les médecins sont compétents mais d'un autre côté : « On ne peut pas juger leur compétences, je vois un résultat ou pas »

Les patients choisissent un médecin qu'ils pensent compétent à la base car même si ils ne sont pas à même de juger, ils partent du principe qu'ils ont tous les mêmes compétences car ils ont le même diplôme.

2.2.2. La personnalité et le contact privilégié.

Le patient 11 a choisi comme MT un médecin qu'il connaissait lorsqu'il habitait à l'étranger et qui est devenu un ami par la suite : « c'était un médecin qui habitait dans le même immeuble que nous en Algérie. Donc ... j'ai travaillé pour lui à la colonie de vacances de Callian. ...Et c'est toujours très cordial et c'est un ami personnel »

La personnalité du médecin et le contact, que le patient crée avec le médecin dès la première consultation, aboutissent ou non à la déclaration de ce dernier comme médecin traitant.

2.2.3. La géographie.

Patient 6 : « Nous habitions juste à côté des médecins ».

Patient 1 : « c'était le plus proche. On va dire qu'en numéro un c'était le plus proche ».

Le patient 10 : « Et comme j'habite sur Callian c'était un des seuls médecins sur Callian et donc ... on est allé voir ce médecin. Une question de commodités oui ».

Patient 16 : « Il y avait un côté pratique ».

Patient 17 : « C'est question de proximité et de rapidité. ...Euh pas que j'aie trop loin et pas que j'attende une heure. »

Patient 2 : « Maintenant j'aurai été habiter à Montauroux euh ... bah j'aurais peut-être choisi quelqu'un d'autre ».

Patient 9 : « À chaque fois ça a été donc la première fois sur conseil mais après celui chez qui je suis ça a été vraiment parce que le cabinet se trouve à côté de l'école et que bon ben j'ai été prendre rendez vous pour les enfants ».

C'est un critère également important du fait que nous nous situons en milieu semi-rural. La densité des médecins est moins forte qu'en ville et les moyens de transports en commun sont moins accessibles et moins fréquents.

La notion de proximité rime avec la notion de praticité pour les patients jeunes et actifs et pour les familles avec les jeunes enfants. (Patient 10, Patient 1)

« Pour le choix de médecin traitant ça a été très difficile. Donc il a fallu attendre entre guillemets que des places se libèrent pour avoir un médecin traitant ».

Ainsi à contrario, dans sa résidence secondaire dans le canton de Fayence, elle a pu choisir un médecin généraliste pour la continuité des soins et son principal critère a été la proximité géographique.

« Parce que je peux y aller à pied ». « C'est juste par proximité ».

La Patiente 15 est particulièrement intéressante car contrairement aux autres patients de notre recueil, elle habite en résidence principale dans une zone déficitaire en médecin ce qui a impliqué un « non choix » de son MT car elle a attendu qu'une place se libère avant de pouvoir devenir sa patiente.

2.2.4. La disponibilité.

Patient 8 : « à chaque fois que j'ai eu besoin de lui il m'a toujours rappelé même si c'était pas dans l'heure qui suivait même 3 ou 4 heures après ».

Pour le patient cela peut correspondre au fait de répondre au téléphone, à la possibilité d'avoir un avis médical même en dehors des horaires d'ouverture.

Patient 2 : « faut qu'on puisse compter sur lui ».

Patient 7 : « Parce qu'en fait c'est un médecin qui répond à son téléphone ... je peux l'avoir en lui laissant un message, il me rappelle ça peut être à 10h00 du soir il vous rappelle. C'est vrai que c'est important... C'est un médecin qui est disponible ».

Les patients 9 et 12 ont la même réflexion.

Patient 9 : « Donc on l'appelle il vient ... Vraiment il est très disponible ».

Patient 12 : « Je l'avais appelé il était onze heure du soir il répond, on peut le joindre sur son portable. ... Il vient le matin, il fait les consultations à domicile, après il est à son cabinet. Je veux dire c'est important. Même à onze heures du soir qu'on arrive à joindre le médecin ».

2.2.5. L'orientation vers les autres spécialistes et les examens complémentaires.

Patient 10 : « Moi je pense qu'il doit orienter vers le spécialiste. Celui que j'ai je l'aime bien, je vais le voir mais je l'aime pas tellement. Mais bon... À mon avis ils devraient orienter rapidement... voilà ... Vers le spécialiste ».

Patient 12 : « Il a pas fait des petits examens. Non il a fait la totale. Et grâce à ça d'ailleurs il a pris le taureau par les cornes ».

Patient 14 : « Chaque fois ... il me disait bon tu vas voir ce spécialiste ou quoi. ...Non c'était dès le départ qu'il disait ... Ça c'était appréciable vous voyez ? ».

Le patient 16 signale que toutes les fois où il a dû se rendre chez un spécialiste, son médecin traitant a été de bon conseil.

2.2.6. Le conseil d'un professionnel de santé ou de la famille.

Il existe une notion de conseil de la part des professionnels de santé et de conseil familial d'autre part.

Patiente 7 : « je ne l'avais vu qu'une fois donc sur une fois on ne peut pas juger un médecin par rapport à ses compétences et tout cela mais par rapport à l'entourage en fait. J'ai été influencé du coup parce que l'entourage avait ce médecin (...) parce que mon conjoint a son médecin traitant j'ai pris ce médecin là. Enfin mes beaux parents aussi enfin toute la famille a ce médecin là donc en changeant de région j'ai pris ce médecin là aussi. Oui parce que ses parents avaient ce médecin là aussi ».

La patiente 7 a choisi de déclarer le médecin traitant sur le conseil des ses beaux-parents.

En interrogeant les couples et les patients seuls, j'ai remarqué que les hommes sont souvent influencés par leurs épouses. Le patient 4 a suivi son épouse lorsque cette dernière a changé de médecin traitant.

Patient 9 : « Je l'ai interpellé en lui disant bon ben là j'ai besoin d'un médecin... donc et c'est là qu'elle m'avait conseillé ce médecin-là ».

Le patient 9 a suivi le conseil d'une connaissance qui était infirmière.

Les patients 16 et 18 ont suivi le conseil de leurs épouses et la patiente 19 a demandé l'avis de son pharmacien suite à une urgence médicale et a par la suite déclaré ce dernier en médecin traitant.

Patient 19 : « donc je suis allée voir le pharmacien qui a appelé ce médecin et voilà et puis bon depuis je vais chez lui ».

Le patient 18 a pris le médecin traitant de sa compagne.

La seule personne qui n'avait pas de médecin traitant et qui n'était jamais allé voir un médecin aurait suivi le conseil de son épouse en cas de nécessité (patient 20).

2.2.7. La durée de consultation appréciée différemment.

Pour certains patients ce critère est primordial.

Patient 7 : « C'est un médecin qui prend le temps de vous recevoir c'est à dire que le rendez-vous peut durer 1 heure ».

La patiente 7 remarque qu'il faut que le médecin traitant prenne le temps d'écouter et au minimum de prendre la tension. Le temps dans ce cas précis est assimilé à un critère de bonne médecine.

Pour la patiente 15, au contraire, une consultation courte sera un gage de qualité car il s'agissait d'un médecin sûr de lui et de ses connaissances.

Patient 17 : « Faut qu'il écoute et rapidité de consultation en même temps ».

La position du patient 17 est ambiguë et ce dernier semble même se contredire. Malgré mes demandes de précision et de relance, il n'a pas pu expliquer d'avantage son idée.

2.2.8. L'écoute.

Il s'agit d'une appréciation globale qui regroupe plusieurs critères en même temps lorsque les patients ne sont pas attachés à un critère bien précis.

Patient 7 : « Oui, il écoute il vous explique il vous dit ben voilà il y a ci il y a ça il prend le temps de vous prendre la tension, d'écouter aussi car il y a des médecins qui ne le font pas. Voilà de vous peser, enfin de faire aussi pas que vous rentrez dans la salle et qu'est ce qui se passe ? Pas de tension, pas de C'est vrai que c'est important enfin..... ».

L'écoute est placée au centre de la relation médecin – patient dans le nuage de mots créé par le logiciel NVIVO® (Figure 5 dans l'annexe).

2.2.9. L'annuaire et le hasard.

Il est à noter que de nos jours sur internet, les premières annonces de médecins ne sont pas classées par ordre alphabétique mais en fonction du choix par ces derniers d'être référencés en passant par le PagesJaunes Business Center®.

Pour les patients 16, 17, le choix du hasard s'est fait par le biais de l'annuaire ou par une visite au cabinet dans le but de trouver un médecin proche géographiquement.

Le patient 9 a fait deux fois le choix de son MT par hasard. Ici il est intéressant de remarquer que la patient a précisé : « Peut-être que dans l'annuaire il était écrit en gras ».

Le patient 10 a utilisé aussi l'annuaire et également les PagesJaunes®.

Patient 17 : « J'habite à Tourrettes donc j'ai pris l'annuaire euh.. Enfin j'ai cherché les cabinets sur le net. ...Sur internet oui ».

2.2.10. Le cabinet de groupe, les médecins associés.

Patient 9 : « Quand le mien était malade j'allais chez l'associé c'était un arrangement qu'ils avaient entre eux. C'était un cabinet double donc ils se passaient volontiers les patients ».

Patient 11 : « Parce que quand par exemple le Docteur X est absent c'est un des trois qui me reçoit et il n'y a jamais eu de ... moindre souci. C'est important parce qu'il peut y avoir une urgence surtout que chaque année on prend une année de plus n'est ce pas ? Donc euh de temps en temps ben si il y a quoique ce soit on peut compter sur les quatre il y en a toujours ...Toujours quelqu'un ».

Patient 17 : « Et ils m'ont présenté (sur internet) plusieurs médecins alors dans un cabinet médical. Cabinet médical je sais que c'est plus facile de trouver un médecin compétent ».

Il apparaît que la notion de travail en cabinet de groupe est un aspect rassurant pour les patients en cas d'absence de leur médecin traitant. Cela séduit les patients et a un effet bénéfique dans le cadre de la continuité de soins.

À noter que de plus en plus de cabinets de groupe sont en réseau pour le dossier médical, ce qui permet le partage des dossiers patients.

Le Patient 12 lui aussi, a choisi parmi les confrères du cabinet de son ancien médecin traitant.

Le patient 14 a choisi de rester dans le même cabinet après le départ de son médecin traitant à la retraite. Il a répété le même schéma lors du départ de son second médecin traitant.

Cela semble rassurer les patients : « il y a toujours quelqu'un », « je le connaissait déjà ».

Le patient 11 a choisi le successeur de son médecin traitant et il fera pareil si il se retrouve de nouveau dans la même situation.

2.2.11. L'absence de choix.

La patiente 15 réside dans un autre département et n'a pu déclarer de médecin traitant qu'à la seule condition qu'une place se libère chez celui souhaité. La notion de choix paraît donc absente dans les zones qualifiées de « désert médical ».

2.2.12. Les paroles inappropriées.

Patient 17 : « Ppfff parce que j'ai ... je.... Moraliste eeuuhhhh je vais pas rentrer dans les détails. Parce que les rapports sexuels machin ... tout ça je Je trouvais pas trop déontologique justement euh... qu'il fasse un peu la morale sur le comportement. Parce que j'avais des staphylos et il m'a dit votre copine elle doit pas vous toucher là gna gna gna !!!! Il m'avait énervé quoi ».

Il s'agit d'une appréciation du ressenti des patients face aux remarques de leur médecin traitant. Nous avons noté que souvent il s'agissait d'une incompréhension entre le patient et le médecin lors d'échanges dans le cadre de l'éducation thérapeutique ou de conseils.

2.2.13. Le sexe du médecin.

Patient 4 : « Et je vais vous faire le scoop maintenant, j'ai changé et quand j'ai été le voir je lui ai dit j'ai une hernie. Il m'a dit bon je vais regarder et il m'a dit : et ça vous dérange pas que la jeune infirmière ou interne qui est là vous regarde ? Alors j'ai dit oui bien sûr alors que j'avais quitté la Doctoresse parce que c'était une femme et j'ai quand même eu la visite d'une femme ».

Le sexe du médecin est important pour le couple de patients 3 et 4 qui sont dans la troisième tranche d'âge. Il est intéressant de noter que chacun d'eux a privilégié son médecin traitant en fonction du sexe.

L'épouse recherchait une femme faisant de la gynécologie et son mari a choisi un homme pouvant examiner sa hernie.

Il est à noter que le patient 4 ayant pour but de se faire examiner par un homme, est finalement examiné par une interne et que cela semble l'avoir marqué même si il exprime le contraire.

2.2.14. L'hygiène et la propreté.

Patient 6 : « Au point de vu euh... propreté euh... c'est le jour et la nuit. Ici... ».

Patient 5 : « Mais ça c'est général ».

Patient 6 : « Et aussi bien euh... Quand on arrive que quand on repart » ... « Qu'il le fasse devant moi ».

Patient 5 : « C'est important ».

Discussion

3.1. Le résultat principal.

Notre travail a permis de révéler de nombreux critères de choix d'un médecin traitant par les patients. Les plus souvent cités sont :

- les compétences,
- la personnalité et le contact,
- la proximité géographique,
- la disponibilité,
- la confiance,
- l'orientation,
- le conseil,
- l'écoute et la durée de consultation.

Les autres critères sont : le hasard ou dans l'annuaire, le cabinet de groupe, les horaires, l'âge du médecin, de déplacement à domicile, l'accessibilité, l'hygiène propreté, paroles inappropriées, qualité de consultation et le sexe du médecin.

3.2. Les points forts et les originalités.

➔ Le recueil de données dans les pharmacies.

Contrairement aux autres études qualitatives, nous avons effectué nos entretiens dans des pharmacies différentes, et pas dans des cabinets de médecine générale.

Une étude à propos de l'intention de consommation des médicaments a été réalisée en Indre et Loire (37) et dans les Alpes Maritimes (06)^{9,10} en 2011 avec un recueil de données dans des pharmacies et des cabinets médicaux. Ce choix s'est imposé par la nécessité de se rapprocher des professionnels de santé participants à l'enquête. Les patients ont été recrutés et interrogés dans des pharmacies comme pour notre étude.

Nous avons choisi des pharmacies pour recueillir des données parce que ce sont des lieux de santé dans lesquels les patients peuvent parler plus librement que dans des

9 – ABITBOL, Eliane. Etude de l'intention de consommation des médicaments d'automédication dans la population des clients de pharmacies et des patients de cabinets de médecine générale des Alpes-Maritimes. Université de Nice Sophia Antipolis. Faculté de Médecine de Nice. 2011.

10 - PAÏTA, Franck. Étude des représentations et de l'intention de consommation des médicaments d'automédication dans la population des clients de pharmacies et des patients de cabinets de médecine générale. Résultat d'une enquête menée dans les départements de l'Indre et Loire et des Alpes Maritimes. Académie d'Orléans –Tours. Université François - Rabelais. Faculté de médecine de Tours. 2012.

cabinets médicaux. Sur chaque site le responsable de la pharmacie a mis à notre disposition une pièce au calme afin de recueillir en toute confidentialité les propos des interviewés. Les patients ainsi n'étaient pas en contact direct ou à proximité de leur médecin traitant.

- Nous avons pu recueillir les avis des patients qui n'allaient pas souvent voir leur médecin et qui ne l'avaient fait que pour une obligation administrative. Certains patients préféraient consulter un médecin homéopathe mais ne le choisissait pas comme médecin traitant du fait de la distance de son cabinet.
- Il y a également le cas du Patient 20 qui n'avait pas du tout de médecin traitant et qui n'avait jamais été malade. Ainsi il n'aurait jamais pu être recruté dans un cabinet médical.
- Contrairement à l'étude de Tours⁴ où les patients ont été recrutés par téléphone, nos patients ont été abordés directement dans les pharmacies sans en avoir été préalablement informés ce qui a permis une certaine spontanéité.
- Grâce à des endroits de recueil des données indépendants des cabinets médicaux, nous avons pu minimiser le biais de recrutement. Effectivement, ils n'étaient pas obligés de communiquer les noms de leur médecin et pouvaient être plus à l'aise dans leurs récits.

➔ La notion de « propreté » et « d'hygiène ».

Ce point a été révélé par notre travail et nous ne l'avons pas noté dans d'autres études similaires. Cette notion d'hygiène est apparue lors de l'interview d'un couple originaire de Suisse. Cela concerne pour eux tous les professionnels de santé.

➔ Le traitement informatisé des données par NVIVO®.

Notre nuage de mot a permis de visualiser une grande variété des critères de choix du médecin traitant par les patients.

➔ Une région de densité médicale suffisante.

Notre étude a été effectuée dans une région ayant une densité médicale suffisante. Nous n'avons pas eu de difficulté à recueillir des témoignages riches sur le thème de choix du médecin traitant. Certains patients avaient déjà changé plusieurs fois de médecin traitant et avaient des idées à exprimer sur ce sujet.

3.3. Les biais et les difficultés de l'étude.

➔ Les biais :

Le guide d'entretien, même s'il se veut ouvert et le moins directif possible, oriente tout de même le discours et peut lui aussi introduire un biais de subjectivité surtout au début de l'étude.

Après relecture des entretiens j'ai vu que j'interprétais à plusieurs reprises les propos des patients et j'ai parfois eu tendance à orienter et à guider leurs propos au début de l'étude. Par la suite, étant plus à l'aise, j'ai laissé parler les patients de plus en plus en essayant de relancer la conversation par des questions non directives et tout à fait ouvertes.

Certaines informations peuvent être un peu biaisées et non exhaustives, dans les premiers entretiens.

Les entretiens semi dirigés sont basés sur un échange essentiellement verbal, ce qui ne permet pas une totale objectivité. Il y a donc, nécessairement, un biais d'interprétation.

Les résultats ne sont pas extrapolables à l'ensemble des patients de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) et cela était attendu.

➔ Les difficultés rencontrées :

La première difficulté fut de déterminer le lieu de recrutement des patients. Nous avons retenu les pharmacies comme lieux de recrutement et des entretiens.

La deuxième fut la durée des entretiens. Comme nous l'avons vu avec la cellule qualitative de la faculté de médecine de Nice, la durée optimale d'un entretien doit atteindre une heure trente à deux heures. Nos entretiens ont duré seulement entre 3 minutes 20 et 24 minutes 10 avec une moyenne de 11 minutes et 30 secondes.

Les patients n'étant pas préparés à cet entretien, ils n'ont pas eu le temps d'y réfléchir préalablement.

Certains patients ont refusé de participer à l'étude sous différents prétextes (voiture mal garée, présence des enfants en bas âge) ou sans donner d'explication.

Nous avons interrogé quelques couples ensemble. Cela demandait un effort supplémentaire à la personne chargée des retranscriptions et de l'encodage du fait que deux patients parlaient en même temps sur le même thème.

3.4. Comparaison de nos résultats avec ceux d'autres études.

La définition de la santé a évolué. D'après l'OMS¹¹, la santé « c'est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité », comme on la définissait autrefois.

Ainsi le médecin généraliste si il prend en charge toutes les maladies de la vie, doit s'attacher aussi aux difficultés sociales, environnementales et psychologiques.

La décision du choix d'un médecin traitant par le patient est aussi une décision de choix thérapeutique pour un patient. Le patient ne choisit pas qu'un médecin mais aussi un type de médecine. Notre étude confirme ce point de vue. Le choix parmi un ensemble de critères est propre à chaque personne même s'il y a des critères communs parmi ceux cités le plus souvent.

Tout au long des interviews, on note que le choix est souvent effectué à partir des qualités personnelles du médecin, en dehors des caractéristiques professionnelles : des « paroles inappropriées », ou un « mauvais contact » peuvent pousser un patient à changer de médecin traitant. Et ceci sans lien avec les compétences professionnelles.

Dans son mémoire de DIU de pédagogie médicale¹², Thierry Carmoit remarque que la partie technique et scientifique de la médecine est sans doute celle qui progresse le plus régulièrement, celle dont l'apprentissage est le plus contrôlable, en tout cas en ce qui concerne les compétences cognitives et intégratives.¹² Cependant, le médecin n'est pas un ordinateur qui travaille par raisonnement mathématique et arbres décisionnels diagnostiques ou thérapeutiques. Ainsi la médecine exige aussi des qualités humaines.⁴

11 - OMS. La définition de la santé de l'OMS., [En ligne]
<http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>. Page consultée le 07 juillet 2015.

12 - CARMOI Thierry. Le médecin idéal : Le point de vue des patients. DIU de pédagogie médicale. Université Pierre et Marie Curie – Paris VI, 2010.

L'intérêt de notre travail a été confirmé par l'étude portant sur les représentations que les patients avaient de leur médecin : « Le médecin idéal : Le point de vue des patients » réalisée sur Paris. C'est une étude quantitative par auto questionnaire, remplie par les 180 patients et 4 de leurs accompagnants.¹²

À la question : « Est-il de plus en plus difficile de trouver un bon médecin généraliste ? », 67% des participants sont d'accord ou tout à fait d'accord, surtout chez les femmes.

Trois qualités sont identifiées comme très importantes par 75% des patients : « tient à jour ses connaissances, a de solides connaissances, est à l'écoute du patient ».

Viennent ensuite : « respecte la confidentialité (66%), a de bonnes connaissances des antécédents du patient (66%), est expérimenté (62%), explique en termes clairs (60%) ».

La thèse de Catherine Mousel¹³ reprend également la problématique des critères de choix du médecin traitant. Cette étude quantitative retrouve comme critères de choix du médecin traitant : la proximité du domicile, les conseils de l'entourage, la réputation et le hasard.

Nous avons également trouvé une étude européenne¹⁴ qui a évalué les attentes des « usagers » vis à vis de leur médecin traitant. Cela nous permet d'avoir un comparatif par rapport à d'autres pays. Les résultats sont communs à tous les pays et les critères les plus cités sont la durée de consultation, le temps de réaction en cas d'urgence, le respect du secret médical, l'information du patient et l'écoute.

➔ La confiance et les compétences.

Les études sur la confiance des patients vis à vis de leur médecin, ont surtout été menées aux États-Unis.

La confiance interpersonnelle se réfère à la confiance construite à travers les interactions répétées entre les patients et les médecins. Dans ce contexte, l'expérience des patients joue un rôle capital. Il s'agit ici des relations répétées avec leur médecin traitant.

13 - MOUSEL Catherine. Évolution en 25 ans de l'image du praticien et des attentes des patients. Résultats d'une enquête réalisée auprès de 108 sujets de la Vallée de la Fensch et du Pays Haut lorrain. Université Henri Poincaré, Faculté de Médecine de Nancy, 2009.

14 - GROUPE R et al. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. Fam Pract. 1999 ; 16: 4-11.

L'article « Le médecin, le malade et la confiance » de Dr P. Bizouarn¹⁵ reprend l'expression anglophone de fiabilité : « Une personne est fiable dès lors qu'elle est compétente, efficace, soigneuse pour réaliser une tâche ou un bien demandés ». ¹⁶

La mesure d'une telle confiance est difficile. Une échelle a été construite par l'équipe de Hall pour définir la confiance envers la profession médicale. ¹⁷

Il a retenu 11 items, représentant quatre domaines de la confiance en général :

- La fidélité (soin et conflit d'intérêt).
- La compétence (technique et interpersonnelle).
- L'honnêteté.
- La confiance globale.

Le fait intéressant, selon cette étude, est que la compétence est un des piliers de la relation de confiance qui s'est construite entre le médecin et son patient.

Les patients faisaient plus confiance s'ils avaient le choix du médecin ou s'ils maintenaient la relation dans la durée. ¹⁸ En revanche, l'âge, le sexe, le niveau d'éducation ou de vie et la santé perçue n'étaient pas liées à la confiance.

➔ La disponibilité.

Un autre critère de choix du médecin traitant est le fait qu'il accepte de se déplacer en visite. Les personnes âgées ou handicapées étaient d'accord pour dire qu'aujourd'hui les médecins se déplaçaient de moins en moins en visite et : « un médecin qui est disponible, répond au téléphone et vient vous voir ».

15 - BIZOUARN, P. Le médecin, le malade et la confiance. *Éthique et santé*, 2008, vol.5, p. 165 - 172.

16 - HARDIN R. Trust and trustworthiness. *New York, NY: Russel Sage Foundation* ; 2002.

17 - HALL MA, CAMACHO F, DUGAN E, et al. Trust in the medical profession : conceptual and measurement issues. *Health Serv Res*, 2002 ; 37 : p. 1419—39.

18 - KAO AC, GREEN DC, ZASLAVSKY AM, et al. The relationship between method of physician payment and patient trust. *JAMA*, 1998 ; 280 : p. 1708—14.

➔ La proximité géographique.

Dans sa thèse, Anaïs Feuillet⁴ a pu mettre en évidence que les patients ont choisi leur nouveau médecin généraliste, le plus souvent sur le critère de la proximité. Ils avaient aussi rencontré le médecin par le passé au cabinet ou en dehors et l'avaient apprécié.⁴

➔ La confiance et la relation médecin / patient.

La notion de confiance est primordiale dans la relation soignant / soigné. En faisant le choix d'un médecin traitant, le patient se confie à lui indirectement.

Tout l'exercice de la médecine implique la confiance : « répondre à l'interrogatoire, se prêter à l'examen clinique, accepter le traitement ».

➤ L'étude de Zikmund-Fisher, Hofer et al.¹⁹ a montré comment les patients acceptent « un médicament de plus » dans leur traitement : « 64 % des patients étaient d'accord pour intensifier le traitement en acceptant un médicament supplémentaire ». Parmi les déterminants expliquant cet accord, l'on retrouvait la confiance dans le médecin.

L'étude de Shinebourne et Bush²⁰ conclue « qu'une prise en charge médicale fondée sur une confiance mutuelle entre le docteur et le patient suppose que le Docteur fera le meilleur choix dans l'intérêt du patient ».

➤ Dans leur travail d'essais comparatifs randomisés, Moreau, Dedianne et Labarere²¹ ont mis en évidence que la qualité de la relation médecin / patient entraînait une bonne efficacité thérapeutique. Les critères cités sont les suivants :

- ✓ Montrer de l'empathie (verbalement ou non) en essayant de comprendre les problèmes du patient même lorsqu'ils ne peuvent pas être résolus.
- ✓ Montrer de l'intérêt par un examen clinique soigneux.

19 - ZIKMUND-FISHER BJ, HOFER TP, KLAMERUS ML, KERR EA. First things first : difficulty with current medications is associated with patient willingness to add new ones. *Patient* 2009 ; 2 : p. 221-31.

20 - SHINEBOURNE EA, BUSH A. For paternalism in the doctor-patient relationship. In: Gillon R, Lloyd A, eds. *Principles of health care ethics*. Chichester : Wiley, 1994.

21 - MOREAU A, DEDIANNE M-C, LABARERE J, TERRA J-L. Attentes et perceptions de la qualité de la relation entre médecins et patients., *Rev Prat Med Gen*, 2004 ; 18 (674/675) :1-4.

- ✓ Tenir compte du rôle des communications non verbales, en particulier dans l'efficacité thérapeutique.
 - ✓ Encourager le patient à exprimer ses émotions, ses soucis et poser des questions.
 - ✓ Permettre d'exprimer ses attentes.
 - ✓ Expliquer le diagnostic avec des mots compréhensibles pour le patient et l'informer sur le traitement avec éventuellement des explications écrites.
 - ✓ Donner un avis sur le pronostic et rassurer chaque fois que cela est possible en le précisant bien verbalement.
- Une fois le choix effectué, les patients dans notre étude ont suivi le schéma décrit par A. D'Anjou²² : « Un contrat implicite s'établit alors progressivement entre le médecin et le patient. Droits et devoirs réciproques, dans une communication ouverte et claire entre les deux parties de la relation, sont alors établis ».
- La confiance comme la finalité de plusieurs facteurs de la relation médecin-patient.
- Selon l'étude en Suisse Alémanique, « Quelles sont les exigences de mes patients vis-à-vis de moi, médecin de famille, et quels souhaits cachent-elles? » de Carolin Dengler-Voss, Rüdiger Voss²³ :
- ✓ À côté du diagnostic adéquat, la confiance constitue le principal bénéfice pour les patients. Lorsque les patients développent de la confiance, ils peuvent s'ouvrir et communiquer librement, même s'il est question de sujets très intimes.
 - ✓ Tous les attributs dérivés, à savoir les connaissances spécialisées, l'amabilité, l'expérience professionnelle, l'empathie, la pro-activité et la patience, jouent un rôle pertinent dans le développement de la confiance.

22 - D'ANJOU, A. Médecine libérale et colloque singulier, particularités de la relation médecin généraliste/patient. *Synapse* 2006 ; 229 : p. 33-5.

23 - DENGLER-VOSS, C. VOSS Rüdiger. Quelles sont les exigences de mes patients vis-à-vis de moi, médecin de famille, et quels souhaits cachent-elles? *PrimaryCare*, 2014 ; 14 : no 18.

Dans sa thèse, Catherine Mousel¹³ précise que à la question « Chez votre médecin traitant, à quoi accordez-vous de l'importance ? », seules 2 personnes accordent de l'importance à la « vie privée du médecin » et 1 personne à ses « opinions politiques et religieuses ».

Quand elle demande aux sujets de choisir l'élément le plus important à leurs yeux, l'« aspect du cabinet » arrive en tête, loin devant les autres propositions.

Dans notre étude, nous n'avons pas trouvé d'élément « religieux » ou de la « vie personnelle du médecin » comme critère de choix de généraliste.

➔ L'orientation vers un spécialiste.

Cette notion reste forte chez nos patients et détermine pour eux l'efficacité des soins, même si selon la réforme, « l'accès direct aux spécialistes doit rester autorisé dans certains cas : gynécologie, ophtalmologie, odontologie, psychiatrie pour les moins de 26 ans et en cas de suivi spécialisé pour une Affection Longue Durée ou ALD ».²⁴

Selon l'étude de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes¹², les médecins qui ont adressé leurs patients au cours de la consultation dans le parcours de soins coordonnés, l'ont fait essentiellement par le biais d'un courrier (88,8%). Certains patients attendent de leur médecin traitant qu'il sache les orienter dans un temps raisonnable et vers un « bon » spécialiste.

➔ L'écoute.

Dans son étude, le Docteur Thierry Carmoi¹² propose d'évaluer les attentes réelles des patients vis à vis des qualités qu'ils pensent être essentielles chez leur médecin. À partir d'un auto-questionnaire anonyme auquel ont répondu 184 patients, un profil de « médecin idéal » est esquissé.

Cette étude¹² a révélé comme qualité la plus importante « l'écoute du patient » par 63,4 % des 175 répondants. Cela correspond au résultat trouvé par notre logiciel d'analyse qualitative, qui met clairement le mot « ÉCOUTE » au milieu du nuage de mot avec au centre la relation médecin / malade.

24 - TIRILLY, Caroline. La féminisation croissante de la médecine générale modifie-t-elle le point de vue des patients sur la Médecine et leurs médecins ? » Enquête qualitative par entretiens semi-directifs. Université de Nantes. Faculté de Médecine. 2011.

La même étude¹² a révélé les résultats suivants : trois qualités sont identifiées comme très importantes par 75% des patients :

- « tient à jour ses connaissances »,
- « a de solides connaissances »,
- « est à l'écoute du patient ».

D'après les résultats d'une thèse effectuée à Paris⁵, plus de quatre personnes sur 5 choisissent leur médecin traitant pour ses qualités relationnelles, pour son écoute ou pour son implication auprès des patients. Ces résultats correspondent aussi tout à fait aux données d'analyse de nos entretiens avec un nuage des mots.

Dans les thèses de Sébastien Bellegot⁵ et de Brice Merit⁸ l'écoute ressort en premier mais après avoir été suggérée aux patients.

Nous pouvons émettre l'hypothèse que l'écoute est un critère tellement évident que les patients n'y pensent pas car ils se concentrent plus sur les critères qui font défaut à leur médecin traitant actuel ou précédant.

Ce critère est probablement plus global et en englobe également d'autres comme la qualité de consultation, la durée de consultation, la qualité de l'examen médical, la personnalité et le contact.

➔ **La durée de la consultation.**

Selon les patients interrogés, la durée de consultation est un critère non négligeable de la relation réussie entre le médecin et le patient. Il ne faut pas que la consultation soit trop courte :

- Patient 10 : « trop rapide ».

Mais en même temps une attente longue peut repousser les patients. La durée d'une consultation « idéale » n'a pas été mentionnée dans notre étude.

Selon l'étude de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes « Enquête de perception sur le rôle du médecin traitant et étude d'observation sur les diverses activités des

médecins généralistes »², la durée moyenne de la consultation par patient est de 18 minutes (avec un maximum de 90 minutes et un minimum d'une minute).

Des différences significatives sont constatées selon le sexe, l'âge, le lieu et le mode d'exercice du médecin.

L'étude constate que 36,9% des consultations durent entre 15 et 19 minutes, 22,5% entre 20 et 24 minutes, 19,0% entre 10 et 14 minutes, 18,7% 25 minutes et plus, et enfin 3,0% moins de 10 minutes.

➔ Le sexe du médecin.

Dans sa thèse, Caroline Tirilly²⁴ remarque la différence entre les études américaines et son étude sur les avis des patients par rapport à des femmes médecins. Dans son étude, la moitié des personnes interrogées considère que les qualités qu'ils recherchent chez un médecin généraliste ne sont en aucun cas liées à son genre²⁴.

Dans notre étude nous n'avons pas remarqué une telle tendance. Très peu de patients ont parlé du sexe du médecin comme critère de choix. Ceci permet d'évoquer le peu d'importance au genre du médecin lors du choix du médecin traitant.

Dans la thèse de Lydia Brispot³, 4673 patients ont déclaré que le genre du médecin n'a pas influencé leur choix pour signer la déclaration de médecin traitant. À la question « Quelles sont les cinq qualités indispensables que vous attendez de votre médecin traitant femme ? », il a été retenu 2666 réponses exploitables de patients déclarant ne pas avoir été influencé par le genre du médecin mais par : caractère, temps, compétences, disponibilité, avis spécialisé, écoute, confiance.³

Ces études correspondent à nos résultats : la plupart des patients n'accordent aucune importance au sexe du praticien.

➔ La ponctualité.

Selon l'étude « Le médecin idéal : Le point de vue des patients »⁶ il y a deux différences selon le lieu d'habitation : 80% des sujets vivant en zone urbaine trouvent important ou très important l'item «ponctualité », contre 59% des périurbains et 60% des ruraux (p=0,02).

Tous les patients de nos interviews avaient leur médecin traitant déclaré dans une zone semi-rurale, et la notion d'« attente trop longue » est un des critères importants cités.

➔ Le cabinet de groupe.

La notion de cabinet de groupe est rassurante pour les patients et facilite le choix du médecin généraliste : « Il y a toujours quelqu'un »... » « Je connaissais son collègue parce que c'est lui que j'ai consulté quand mon médecin était absent », « j'ai pris son associé ».

L'étude de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes² a trouvé que trois médecins sur cinq disposent d'un secrétariat médical et que les médecins exerçant en cabinet de groupe sont les plus concernés. C'est l'accueil physique qui est privilégié (pour sept médecins sur dix) plutôt que le secrétariat téléphonique (pour quatre généralistes sur dix).

➔ La déclaration obligatoire depuis 2005.

La revue Française des Laboratoires de 2005 précise les modalités du parcours de soins coordonnés qui impose aux patients de choisir avant le 1^{er} juillet 2005 un médecin traitant.²⁵

« C'est un moyen de réussir la maîtrise médicale des dépenses ». Cette mesure avait pour but également de freiner le nomadisme médical (consultation de plusieurs médecins).

Selon notre étude, la plupart des patients interrogés ont déclaré un médecin traitant auprès des différentes caisses de régime obligatoire suite à la réforme de 2004. Les patients qui avaient déjà un médecin référent à l'époque l'ont déclaré comme médecin traitant. Par la suite ils l'ont fait automatiquement pour chaque nouveau changement.

Une patiente a déclaré le médecin de son conjoint « parce que c'était obligatoire », sans réellement le considérer comme médecin traitant ni même en allant le consulter une seule fois. Elle préférait avoir recours à des thérapies alternatives comme la médecine chinoise. (Patiente 19)

25 – Choisir un médecin traitant : avant le 1^{er} juillet ! *Revue Française des Laboratoires*, Volume 2005, Issue 369, Janvier 2005, Page 9.

➔ La notion de « désert médical ».

Le cas de l'impossibilité de déclaration du médecin traitant :

Lors de notre étude, nous avons eu le cas de la patiente 15 qui ne pouvait pas déclarer de médecin traitant du fait qu'elle se trouvait dans une zone qualifiée de désert médical. Nous avons retrouvé la même problématique dans la thèse d'Anaïs Feuillet⁴. Le recrutement des patients a été assez difficile et s'est déroulé sur une période assez longue de 11 mois. Elle explique que la démographie médicale étant assez faible en Eure et Loire, les médecins prennent rarement de nouveaux patients. Les patients étant informés de cette réalité ont tendance à rester avec leur médecin, de peur de se retrouver en difficulté. On peut donc légitimement penser que cela diminue le fait de voir un patient changer de médecin ou du moins retarde sa décision de changement.

Le magazine UFC-Que Choisir a souhaité, lier les deux critères²⁶ : accès au soins et coté financier dans un travail de cartographie portant sur 4 spécialités de médecins : généralistes, ophtalmologistes, gynécologues et pédiatres.

Leur analyse a ainsi permis de mettre en évidence la progression des déserts médicaux, qui concerne, selon les spécialités, jusqu'à 12 millions d'utilisateurs en 2012.

Dans un article, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) fixe le seuil critique médical à 250 soignants pour 100 000 habitants (en ne prenant en compte que les médecins, les infirmiers et les sages-femmes).¹¹

Avec une densité de 345 médecins pour 100 000 habitants, auxquels il faut ajouter 31 infirmières et sages-femmes, la France est ainsi largement au-dessus de cet objectif.

➔ L'absence de médecin traitant :

Dans sa thèse, Sébastien Bellegot « Quels sont les critères de choix du médecin traitant dans le Grand Paris » rédigée en 2015⁵ a trouvé que 5 patients n'ont pas déclaré de médecin traitant, 3 n'ont pas de médecin et 2 autres en ont un, mais ne l'ont pas déclaré.

26 - L'UFC-Que Choisir présente la carte de l'intolérable fracture sanitaire. *UFC-Que Choisir - Direction des études*. Octobre 2012.

Dans notre étude, 1 patient n'avait pas déclaré de médecin traitant mais il faut préciser qu'il s'agit d'un patient Bulgare qui d'après lui n'est jamais malade.

➔ **L'équipement du cabinet :**

Dans notre étude, comme dans l'étude de F Muller Colle⁶ et la thèse d'Anaïs Feuillet⁴, les patients accordent une très petite place aux conditions matérielles du cabinet (places de stationnement, revues, escaliers, taille des locaux), le médecin n'est pas perçu comme un commerçant et la rupture n'est pas imputable à un manque de commodités.

Le critère « aspect du cabinet » qui sortait en premier plan en 2009 à Nancy ne ressort pas. Concernant le cabinet, il n'est ressorti qu'une fois et c'est son « éloignement géographique » qui est pris en compte par les patients que nous avons interviewés.

➔ **Application de nos résultats à l'échelle européenne.**

Une étude Europa¹⁴ à grande échelle a été réalisée en 1999 dans des pays de l'Europe : la Norvège, la Suède, le Danemark, le Royaume Uni, l'Allemagne, les Pays-Bas, le Portugal, et pays de l'est. Elle a évalué les attentes des gens vis à vis de leur médecin traitant. Les auteurs ont retrouvé les aspects récurrents avec quatre aspect des plus importants pour les patients par ordre de fréquence : un temps adapté suffisant de consultation, une disponibilité et surtout la réactivité en cas d'Urgence, une information donnée la plus complète possible, et le respect du secret médical.¹⁴

Dans notre étude nous avons retrouvé la qualité et la durée de consultation médicale et la disponibilité. Le critère retrouvé dans l'étude EUROPA¹⁴ et qui n'a pas été cité dans notre étude est le respect du secret médical.

➔ **Autres résultats.**

Dans sa thèse Anaïs Feuillet⁴ a trouvé les même critères de choix du nouveau médecin traitant : « par conseil d'un proche », « par proximité géographique », « par hasard » ou « au sein d'un cabinet de groupe » et « la disponibilité du médecin ».

➔ Les motifs de changement du médecin traitant.

La médecine exige aussi des qualités humaines²² : bon sens, discernement, aptitude à décider y compris dans des situations d'incertitude, parfois même d'imagination mais aussi d'aptitude aux relations humaines : écoute, empathie... Ces qualités sont intrinsèques et parfois inégalement réparties pour un même individu. Les médecins n'échappent pas à cette règle.

- Un médecin traitant jugé moraliste par son patient :

Un patient nous a cité le cas d'un médecin qu'il jugeait moraliste et dont il avait conservé un vécu négatif (Patient 17).

- Le rapport à l'argent :

La notion d'argent est apparue lors de l'interview d'un couple de patient. La qualification de « grippe-sou » a été employée à propos de leur médecin traitant (Patients 3 et 4).

La patiente l'a gardé en médecin traitant mais pas son mari.

- Les autres causes :

Dans notre étude, les causes de changement de médecin traitant par les patients restent les mêmes, que celles évoquées dans la thèse d'Anaïs Feuillet⁴ : départ du médecin (retraite, déménagement, changement de spécialité), retards, paroles inappropriées.

Contrairement à cette étude, aucun de nos patients n'a évoqué comme cause de changement un « mauvais contact » ou un « manque de dialogue ». Par contre nous retrouvons également comme cause « des paroles maladroites », « un manque d'intérêt pour le patient » et « une durée de consultation insuffisante ».

L'étude qualitative de Mélanie Da Silva⁷, réalisée en 2014, auprès de 12 patients soignés par leurs proches dans les Alpes Maritimes, a trouvé les mêmes points d'insatisfaction lors de consultation médicale : « La durée de la consultation, les médecins prennent moins le temps... moins le temps de s'attarder sur les antécédents ou le mode de vie, moins de temps pour examiner ».

La Thèse « Les principaux critères de choix du médecin traitant en 2014 : une étude transversale descriptive auprès de patients de médecine générale » de Brice Merit⁸ a expliqué les raisons du dernier changement de médecin traitant.⁸

La raison principale de changement de médecin traitant était la distance puis l'arrêt d'activité. 11,6 % des patients avaient changé de médecin parce qu'ils étaient insatisfaits, le plus souvent pour un manque d'écoute (29,2%), ou pour un défaut de ponctualité (25,1%).

3.5. Les intérêts de notre travail.

L'identification de ces critères de changement de choix de médecin traitant devrait permettre aux jeunes médecins de comprendre indirectement les attentes de patients. Ils pourront ainsi mettre des atouts de leur côté. La compétence technique professionnelle apprise à la faculté ne faisant pas tout.

En commençant ce travail, je ne m'attendais pas à ce que les qualités personnelles des médecins fassent partie des critères de choix d'un médecin traitant. Ces qualités peuvent « s'apprendre » ou se perfectionner au contact de médecins seniors que nous avons rencontré dans notre cursus et qui ont été pour nous des modèles. « Les qualités techniques, théoriques et pratiques sont évaluables dans notre apprentissage. Les qualités humaines sont plus difficiles à appréhender et encore moins chiffrables »⁴ C'est d'ailleurs ce qui nous avait orienté dans le choix d'une étude qualitative.

Ce travail m'a ainsi amené à m'interroger sur mes qualités humaines, personnelles, professionnelles et ainsi comment je pourrais les améliorer afin de progresser dans l'intérêt des patients.

3.6. L'orientation vers de nouveaux travaux de recherche.

Il serait intéressant que d'autres chercheurs réalisent de nouvelles enquêtes sur le même thème. Ils pourraient cette fois explorer l'expression non verbale des patients.

Des travaux dans les régions à faible densité médicale ou désert médical pourraient être menés afin d'identifier les critères de choix et l'existence d'un « non choix » du médecin traitant.

Comment un médecin débordé fait-il face à ce problème déontologique du refus d'être référencé comme médecin traitant et laisser le patient sans solution ?

La question « sur quels critères les médecins pensent-ils avoir été choisis par leurs patients ? » pourrait aussi être étudiée.

Face à une grande diversité d'attentes, il serait intéressant de savoir comment les patients, selon leurs caractéristiques, définissent la qualité, l'écoute et la compétence. Les résultats de ces recherches auraient pu être présentés à des médecins pour permettre d'évaluer dans quelle mesure ils seraient prêts à prendre en compte ces nouvelles informations dans leur pratique.

Une étude pourrait être réalisée sur les ressentis des médecins et des patients sur le thème de l'hygiène et de la propreté.

La réflexion sur les raisons de la non déclaration d'un médecin traitant pourrait être poursuivie.

Conclusion

Notre étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de vingt patients du canton de Fayence a permis d'identifier les critères de choix du médecin traitant par les patients.

Il existe une grande diversité des attentes d'un patient à l'autre : les compétences, la personnalité et le contact, la proximité géographique, la disponibilité, la confiance, l'orientation, l'écoute et le conseil.

Parmi les causes de changement du médecin traitant par un patient nous retrouvons l'attente trop longue, l'erreur médicale et des paroles inappropriées.

Notre étude a révélé le critère de la propreté et de l'hygiène dans le milieu médical et le problème de « non choix » de médecin traitant dans les régions à faible densité médicale qui n'étaient pas cités dans d'autres études. Ces réflexions pourraient être poursuivies en mettant en parallèle les points de vue des patients et des médecins.

Le fait de réaliser les recrutements et les entretiens dans des pharmacies a permis de recruter un patient qui n'avait pas de médecin traitant déclaré et qui n'allait jamais chez le médecin. Nous n'aurions jamais pu le recruter si le point de recueil avait été un cabinet médical. La réflexion nécessiterait d'être poursuivie en interrogeant ces patients afin de recueillir leur opinion sur leur « non choix ».

Ce travail pourrait aider les jeunes praticiens libéraux et également ceux déjà installés à mieux appréhender les attentes de leurs patients.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - VAN ROYEN P. Cours d'introduction à la recherche qualitative. Institut médecine tropicale de Bruxelles, décembre 2007.
- 2 - Dr BEZ N. Présidente du Collège des Généraliste, Dr CARON J., Dr CAUSSE J-R., Dr CREPSY O., Dr ENRIONE-THORRAND J-P., Dr GROS P., Dr MOKODOBSKI S., Dr PERRIN G., Dr RECHE M., Dr TELMON J-P. Enquête de perception sur le rôle du médecin traitant et Étude d'observation sur les diverses activités des médecins généralistes. Une étude de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes. Septembre 2010.
- 3 - BRISPOT, Lydia. Les patients choisissent-ils leur médecin traitant femme en raison de son genre ? Étude quantitative en Midi-Pyrénées. Université de Toulouse III Paul Sabatier. Faculté de médecine Toulouse – Purpan. 2013.
- 4 - FEUILLET, Anaïs. Pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste? Enquête qualitative auprès de patients d'Eure-et-Loir. Université François Rabelais. Faculté de Médecine de Tours. 2013.
- 5 - BELLEGOT, Sébastien. Quels sont les critères de choix du médecin traitant dans le Grand Paris. Université Paris Diderot – Paris VII. Faculté de Médecine. 2007.
- 6 - MULLER-COLLE F. La rupture de la relation médecin – malade, pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste ? Faculté de Nancy. Faculté de Médecine. 1997.
- 7 - DA SILVA, Mélanie. Quelles sont les attentes et le ressenti des proches du médecin généraliste ? Étude qualitative auprès de 12 patients des Alpes Maritimes. Université de Nice Sophia Antipolis. Faculté de Médecine. 2014.
- 8 - MERIT, Brice. Les principaux critères de choix du médecin traitant en 2014 : une étude transversale descriptive auprès de patients de médecine générale en Vendée. Université d'Angers. Faculté de Médecine. 2014.
- 9 - ABITBOL, Eliane. Etude de l'intention de consommation des médicaments d'automédication dans la population des clients de pharmacies et des patients de cabinets de médecine générale des Alpes-Maritimes. Université de Nice Sophia Antipolis. Faculté de Médecine de Nice. 2011.
- 10 - PAÏTA, Franck. Étude des représentations et de l'intention de consommation des médicaments d'automédication dans la population des clients de pharmacies et des patients de cabinets de médecine générale.
Résultat d'une enquête menée dans les départements de l'Indre et Loire et des Alpes Maritimes. Académie d'Orléans –Tours. Université François - Rabelais. Faculté de médecine de Tours. 2012.
- 11 - OMS. La définition de la santé de l'OMS., [En ligne]
<http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>. Page consultée le 07 juillet 2015.

- 12 - CARMOI Thierry. Le médecin idéal : Le point de vue des patients. DIU de pédagogie médicale. Université Pierre et Marie Curie – Paris VI, 2010.
- 13 - MOUSEL Catherine. Évolution en 25 ans de l'image du praticien et des attentes des patients. Résultats d'une enquête réalisée auprès de 108 sujets de la Vallée de la Fensch et du Pays Haut lorrain. Université Henri Poincaré, Faculté de Médecine de Nancy, 2009.
- 14 - GROL R et al. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. *Fam Pract.* 1999 ; 16: 4-11.
- 15 - BIZOUARN, P. Le médecin, le malade et la confiance. *Éthique et santé*, 2008, vol.5, p. 165 - 172.
- 16 - HARDIN R. Trust and trustworthiness. *New York, NY: Russel Sage Foundation* ; 2002.
- 17 - HALL MA, CAMACHO F, DUGAN E, et al. Trust in the medical profession : conceptual and measurement issues. *Health Serv Res*, 2002 ; 37 : p. 1419—39.
- 18 - KAO AC, GREEN DC, ZASLAVSKY AM, et al. The relationship between method of physician payment and patient trust. *JAMA*, 1998 ; 280 : p. 1708—14.
- 19 - ZIKMUND-FISHER BJ, HOFER TP, KLAMERUS ML, KERR EA. First things first : difficulty with current medications is associated with patient willingness to add new ones. *Patient* 2009 ; 2 : p. 221-31.
- 20 - SHINEBOURNE EA, BUSH A. For paternalism in the doctor-patient relationship. In: Gillon R, Lloyd A, eds. Principles of health care ethics. *Chichester* : Wiley, 1994.
- 21 - MOREAU A, DEDIANNE M-C, LABARERE J, TERRA J-L, .Attentes et perceptions de la qualité de la relation entre médecins et patients., *Rev Prat Med Gen*, 2004 ; 18 (674/675) :1-4.
- 22 - D'ANJOU, A. Médecine libérale et colloque singulier, particularités de la relation médecin généraliste/patient. *Synapse* 2006 ; 229 : p. 33-5.
- 23 - DENGLER-VOSS, C. VOSS Rödriger. Quelles sont les exigences de mes patients vis-à-vis de moi, médecin de famille, et quels souhaits cachent-elles? *PrimaryCare*, 2014 ; 14 : no 18.
- 24 - TIRILLY, Caroline. La féminisation croissante de la médecine générale modifie-t-elle le point de vue des patients sur la Médecine et leurs médecins ? » Enquête qualitative par entretiens semi-directifs. Université de Nantes. Faculté de Médecine. 2011.
- 25 – Choisir un médecin traitant : avant le 1^{er} juillet ! *Revue Française des Laboratoires*, Volume 2005, Issue 369, Janvier 2005, Page 9.
- 26 - L'UFC-Que Choisir présente la carte de l'intolérable fracture sanitaire. *UFC-Que Choisir - Direction des études*. Octobre 2012.

ANNEXES

ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN.

GUIDE D'ENTRETIEN QUANTITATIF :

Introduction par l'interviewer, mise en confiance puis demande d'autorisation pour enregistrer.

Caractéristiques des participants :

1. Vous êtes un homme une femme.
2. Âge : vous avez entre 18 - 39 ans.
 40 - 59 ans.
 60 - 79 ans.
 80 - 99 ans.
3. Avez vous un médecin traitant ?
4. Quelle est votre situation professionnelle : Étudiant.
 Actif.
 Retraité.
5. Où habitez vous ?
6. Avez vous une Invalidité ou une ALD ?
7. À quelle distance habitez vous de votre MT ?
8. Votre MT se trouve en : Milieu urbain.
 Milieu semi-rural/rural.
9. Depuis combien d'années avez vous choisi votre médecin actuel comme MT ?

GUIDE D'ENTRETIEN QUALITATIF :

1. Question d'amorce de l'entretien : racontez moi comment vous avez choisi votre MT ?
2. Qu'est ce qui a fait que vous vous êtes retrouvés dans la nécessité d'en choisir un nouveau ?
2. Comment l'avez vous connu ?
3. Qu'est ce qui a fait que vous l'avez choisi comme MT ?
4. Comment avez vous pris la décision de changer de MT ?
6. Si vous aviez à changer, quel MT choisiriez vous ?

ANNEXE II : FIGURES ET TABLEAUX.

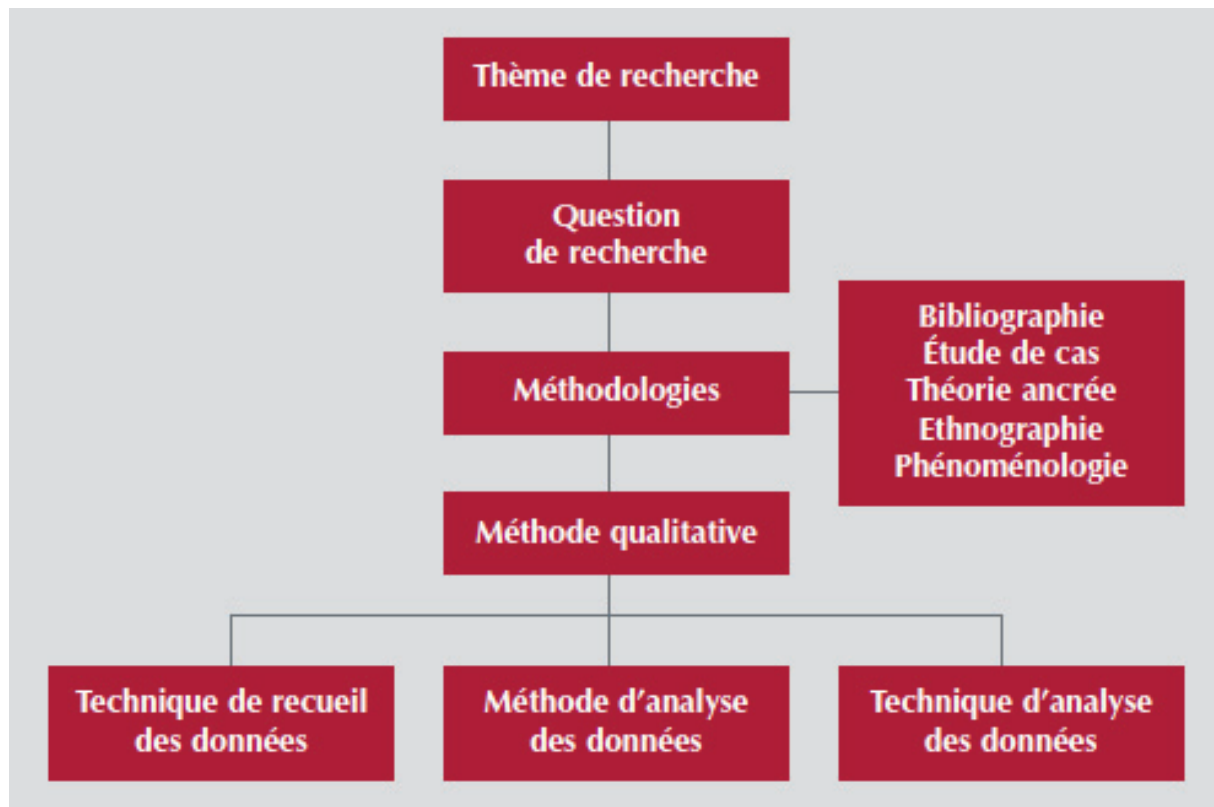


Figure 1 : Démarche qualitative d'après Paul Van Royen et al.

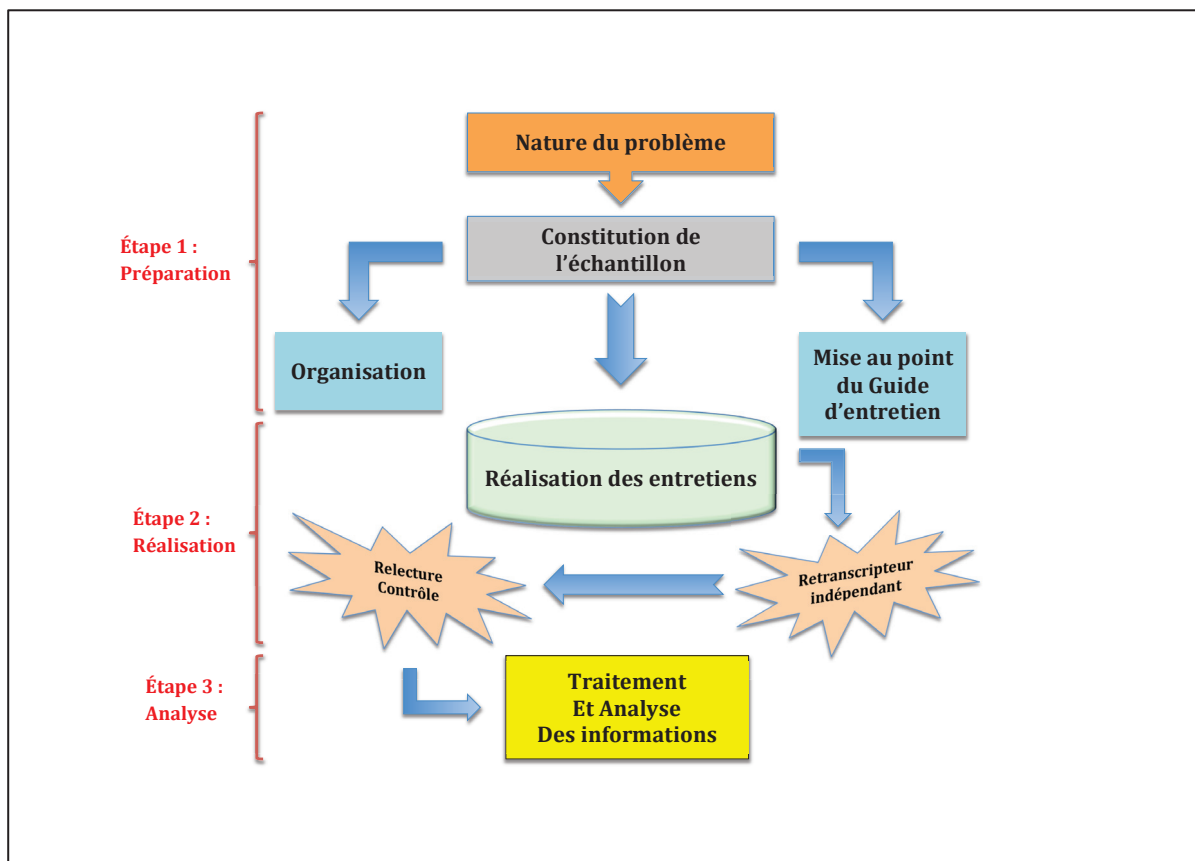
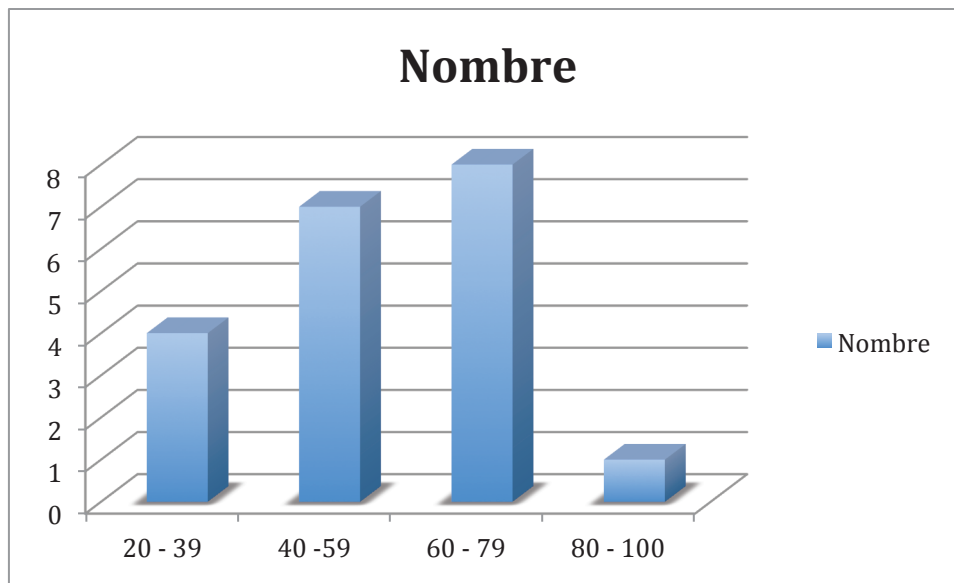


Figure 2 : Cheminement de l'étude.



Figure 3 : Plan du canton de Fayence.



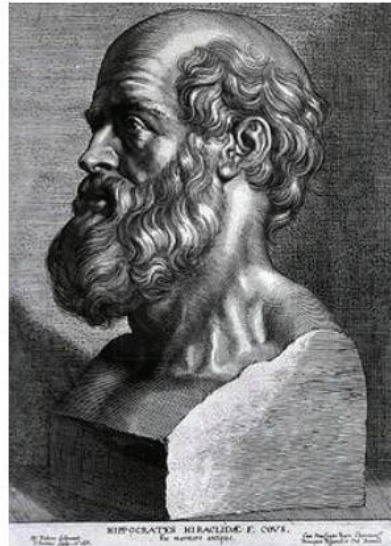
	Sexe	Âge	Activité	Distance MT	ALD / INV	Au bout ?	Depuis	Habitation
Patient 1	H	24	Actif	7-8 km	N	5 RDV	7-8 ans	Peymeinade
Patient 2	F	57	Actif	500 m	ALD / INV	Ne sait plus	Ne sait plus	Callian
Patient 3	F	75	Retraité	7 km	ALD	De suite	15 ans	Callian
Patient 4	H	77	Retraité	2 km	N	De suite	2,5 ans	Callian
Patient 5	H	77	Retraité	50 m	ALD	De suite	15 ans	Callian
Patient 6	F	82	Retraité	50 m	ALD	De suite	15 ans	Callian
Patient 7	F	28	Actif	6 km	N	De suite	7 ans	Seillans
Patient 8	H	52	Actif	15 km	N	3 RDV	2 ans	Montauroux
Patient 9	F	55	Actif	50 m	ALD	De suite	26 ans	Callian
Patient 10	H	28	Actif	10 km	N	De suite	1 an	Fayence
Patient 11	H	74	Retraité	3 km	N	De suite	26 ans	Callian
Patient 12	F	53	Actif	50 m	ALD / INV	De suite	3 ans	Montauroux
Patient 13	F	40	Actif	15 km	N	6 mois	4 ans	Tourrettes
Patient 14	F	66	Retraité	2 km	N	Plusieurs RDV	2 ans	Montauroux
Patient 15	F	47	Actif	1 km 100 m	N	30 RDV	25 ans	Luxeuil-Les-Bains / Montauroux
Patient 16	H	63	Actif	500 m	N	De suite	30 ans	Fayence
Patient 17	H	57	Actif	1 km	ALD	De suite	2 ans	Tourrettes
Patient 18	H	74	Retraité	1 km	N	De suite	20 ans	Fayence
Patient 19	F	66	Actif	5,5 km	N	De suite	1 an	Seillans
Patient 20	H	31	Actif	0	N	0	0	Callian

Tableau 1 : récapitulatif des caractéristiques des patients interrogés.

Entretien	Date de L'entretien	Durée de L'entretien	Entretien	Date de L'entretien	Durée de L'entretien
Patient 1	19/05/15	6 minutes 35	Patient 11	21/07/15	9 minutes 33
Patient 2	21/07/15	7 minutes 32	Patient 12	24/07/15	18 minutes 17
Patient 3	19/05/15	11 minutes 40	Patient 13	24/07/15	4 minutes 29
Patient 4	19/05/15	6 minutes 57	Patient 14	24/07/15	11 minutes 36
Patient 5	21/07/15	20 minutes 26	Patient 15	24/07/15	15 minutes 04
Patient 6	21/07/15		Patient 16	11/08/15	8 minutes 23
Patient 7	16/06/15	11 minutes 28	Patient 17	11/08/15	19 minutes 53
Patient 8	16/06/15	20 minutes 53	Patient 18	11/08/15	9 minutes 50
Patient 9	18/06/15	24 minutes 10	Patient 19	11/08/15	12 minutes 21
Patient 10	18/06/15	12 minutes 50	Patient 20	13/08/15	3 minutes 20

Tableau 2 : Dates et durées des entretiens.

ANNEXE III : SERMENT D'HIPPOCRATE.



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerais jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

AUTEUR : KORENEVA-CASTAIGNE Natalia

Date de Soutenance : Vendredi 19 Novembre 2015

Titre de la thèse : Quels sont les critères de choix du médecin traitant par les patients ?

Étude qualitative auprès de 20 patients du canton de Fayence.

Thèse, Médecine, Nice,

Cadre de classement : DES de Médecine Générale.

Mots clés : médecine générale, critères de choix, étude qualitative, patients, médecin traitant.

Introduction : La loi sur la réforme de l'Assurance Maladie de 2004 instaure la déclaration obligatoire d'un médecin traitant par les patients. Ce choix reste libre et est basé sur une réflexion propre à chaque individu. Nous avons recherché les critères qui guident le patient dans sa démarche.

Méthodologie : Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi dirigés auprès de vingt patients du canton de Fayence recrutés dans les pharmacies de différents points géographiques du canton. Nous avons recueilli leur ressenti à propos du choix de leur médecin traitant et identifié les critères qui y étaient liés.

Résultats : Il existe une grande diversité de critères de choix du médecin traitant par les patients. Les plus souvent cités sont les compétences, la personnalité et le contact, la proximité géographique, la disponibilité, la confiance, l'orientation, l'écoute et le conseil.

Conclusion : Les jeunes praticiens libéraux lors de leur préparation à l'installation et même ceux déjà installés pourraient grâce à ce travail mieux appréhender les attentes de leurs patients. Cette étude a révélé la notion de la propreté et d'hygiène dans le milieu médical et le problème de « non –choix » du médecin traitant dans les régions à faible densité médicale jamais cités dans les autres études. Ces réflexions pourraient être poursuivies dans des études portant sur les points de vue des patients et des médecins, et sur les patients n'ayant pas de médecin traitant.